

# naturheilpraxis-marienplatz

Schäfflerstrasse 5 80333 München

## Fragebogen zur naturheilkundlichen Anamnese

Sehr geehrte(r) Patient(in),

es ist wichtig, dass wir uns vor Beginn Ihrer Behandlung ein Bild Ihres Gesundheitszustandes machen können. Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen.

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel.:

e-mail:

Geburtstag:

Hausarzt:

Versicherung:

**Aus welchem Grund kommen Sie in die Praxis?**

Aufgrund von Beschwerden  Zur Vorsorge

**Wie äußern sich Ihre Beschwerden?**

---

---

---

**Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.**

**Wenn Sie unsicher sind oder etwas nicht verstehen, kennzeichnen Sie es mit einem“?”.**

### Augenprobleme

tränende Augen

trockene Augen

angestrengte Augen

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Ohrenprobleme

schlechtes Gehör

häufig Ohrenschmerzen

Ohrenklingeln

Gehörsturz

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Mund

Mundgeschwüre

Aphten

kein Geschmackssinn

kein Geruchssinn

Mundgeruch

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Hals

häufig Halsschmerzen

Mandelentzündungen

Mandeln entfernt

trockener Hals

Schluckbeschwerden

Sonstiges \_\_\_\_\_

### **Haut**

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nesselsucht | <input type="checkbox"/> Ausschlag       | <input type="checkbox"/> Geschwür      |
| <input type="checkbox"/> Ekzem       | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz    | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |  |

### **Körpertemperatur**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> oft heiß        | <input type="checkbox"/> oft kalt        | <input type="checkbox"/> zuviel Schweiß |
| <input type="checkbox"/> zuwenig Schweiß | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß    | <input type="checkbox"/> kalter Schweiß |
| <input type="checkbox"/> Fieber          | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |   |

### **Lungen**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma                  | <input type="checkbox"/> Emphysem                   | <input type="checkbox"/> schwere Atmung        |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit           | <input type="checkbox"/> feste Brust                | <input type="checkbox"/> chronisches Husten    |
| <input type="checkbox"/> verschleimt             | <input type="checkbox"/> Husten mit Blut            | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> häufig Erkältungen      | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung/Pneumonie | <input type="checkbox"/> Tuberkulose           |
| <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenentzündungen | <input type="checkbox"/> Nase läuft ständig         | <input type="checkbox"/> häufiges Niesen       |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen            | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____            |  |

### **Herz**

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen               | <input type="checkbox"/> Herzflattern | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen    |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |

### **Kreislauf**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> kalte Hände              | <input type="checkbox"/> kalte Füße      | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Prickeln in Armen/Beinen | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Ohnmacht        |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____          |  |  |

### **Verdauung**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Magenschmerzen      | <input type="checkbox"/> Sodbrennen         | <input type="checkbox"/> Verdauungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen           | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> kein Appetit      |
| <input type="checkbox"/> übermäßiger Appetit | <input type="checkbox"/> Geschwüre          | <input type="checkbox"/> Hiatushernie      |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____     |   |  |

### **Darm**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe           | <input type="checkbox"/> Blähungen                | <input type="checkbox"/> Verstopfung        |
| <input type="checkbox"/> Durchfall              | <input type="checkbox"/> loser Stuhl              | <input type="checkbox"/> Schleim im Stuhl   |
| <input type="checkbox"/> Enddarm brennen/jucken | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl            | <input type="checkbox"/> Dickdarmentzündung |
| <input type="checkbox"/> täglich Stuhlgang      | <input type="checkbox"/> mehr als zweimal pro Tag | <input type="checkbox"/> Crohn-Krankheit    |
| <input type="checkbox"/> Reizkolon              | <input type="checkbox"/> Divertikelentzündung     | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden       |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____        |   |   |

### **Wasserlassen**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| ___mal pro Tag                                 | <input type="checkbox"/> angeschwollene Fußknöchel | <input type="checkbox"/> Niereninfektion     |
| <input type="checkbox"/> brennend/ schmerzhaft | <input type="checkbox"/> angeschwollenes Gesicht   | <input type="checkbox"/> Blut im Urin        |
| <input type="checkbox"/> zu häufig             | <input type="checkbox"/> angeschwollene Hände      | <input type="checkbox"/> häufig in der Nacht |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz           | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfektion         | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____     |

### **Männer**

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden | <input type="checkbox"/> Scrotum Schmerz | <input type="checkbox"/> Impotenz |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____     |  |                                   |

### **Frauen**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Scheidenjuckreiz                   | <input type="checkbox"/> Kandidainfektion              | <input type="checkbox"/> Brustzyste      |
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen                     | <input type="checkbox"/> Ovarzyste                     | <input type="checkbox"/> Endometriose    |
| <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit                    | <input type="checkbox"/> Uterus fibrozystom            | <input type="checkbox"/> PMS             |
| <input type="checkbox"/> Hormontherapie                     | <input type="checkbox"/> Pille                         | <input type="checkbox"/> Hysterektomie   |
| <input type="checkbox"/> Anzahl der Schwangerschaften _____ | <input type="checkbox"/> Anzahl der Fehlgeburten _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

### Menstruationszyklus

Ich bin

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> vor den Wechseljahren | <input type="checkbox"/> in den Wechseljahren | <input type="checkbox"/> nach den Wechseljahren  |
| <input type="checkbox"/> regelmäßig            | <input type="checkbox"/> Zykluslänge _____    | <input type="checkbox"/> Dauer der Blutung _____ |
| <input type="checkbox"/> geschwollener Bauch   | <input type="checkbox"/> schwere Blutungen    | <input type="checkbox"/> leichte Blutungen       |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe               | <input type="checkbox"/> Brustspannen         | <input type="checkbox"/> emotionale Schwankungen |

### neurologische Probleme

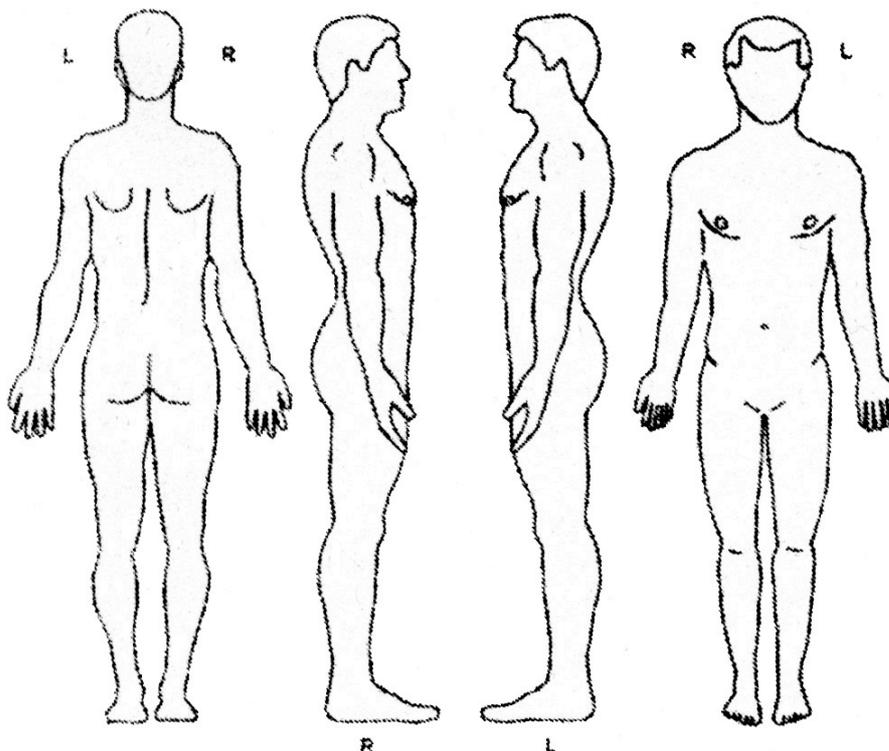
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zittern               | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle      | <input type="checkbox"/> Muskelzucken allgemein |
| <input type="checkbox"/> Muskel-Gesichtszucken | <input type="checkbox"/> Schlaganfall              | <input type="checkbox"/> Lähmung                |
| <input type="checkbox"/> Sprachschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Sehvermögen eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Parkinson Krankheit    |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____       |  |   |

### Muskeln

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> fest / angespannt | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe<br>Wo? _____ | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche<br>Wo? _____ |
|--|---|--|

### Schmerz

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen             | <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen     | <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen       |
| <input type="checkbox"/> Migräne                   | <input type="checkbox"/> oberer Rücken       | <input type="checkbox"/> Schmerzen im Arm        |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen           | <input type="checkbox"/> mittlerer Rücken    | <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Hand   |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschwellungen        | <input type="checkbox"/> Lendenwirbelbereich | <input type="checkbox"/> Schmerzen im Ellenbogen |
| <input type="checkbox"/> Gelenksteifheit           | <input type="checkbox"/> Hüftschmerzen       | <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom     |
| <input type="checkbox"/> Arthritis                 | <input type="checkbox"/> Fußknöchel/-gelenk  | <input type="checkbox"/> Kieferprobleme          |
| <input type="checkbox"/> Neuralgie                 | <input type="checkbox"/> Knieschmerzen       | <input type="checkbox"/> Beinschmerzen           |
| <input type="checkbox"/> häufig gebrochene Knochen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____     |  |



### Denken

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> schlechtes Gedächtnis    | <input type="checkbox"/> vergesslich                                    | <input type="checkbox"/> neblig im Gehirn |
| <input type="checkbox"/> schwierig klar zu denken | <input type="checkbox"/> Schwierigkeit,<br>Entscheidungen<br>zu treffen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____  |

**Schlafen**

- schlechtes Einschlafen
- Schwierigkeit wieder einzuschlafen
- Alpträume
- leichtes Aufwachen
- Unruhe am Morgen
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- schlechtes Durchschlafen
- unangenehme Träume

**Emotionen**

- oft ärgerlich
- furchtsam / schreckhaft
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- leicht reizbar
- launisch
- häufig Angst
- depressiv

**Verschiedenes**

- leichte Blutergüsse
- Nasenbluten
- oft krank
- Operationen
- Krampfadern
- langsames heilen
- Hyperaktiv Welche?
- blutet leicht
- häufig Knochenbrüche
- Sonstiges \_\_\_\_\_ Narben?

**Infektionskrankheiten**

- Borreliose
- herpes
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- Eppstein-Barr-Virus
- Pilz-Infektion (Candida)
- Hepatitis
- Kinderkrankheiten Welche?

**Auslandsaufenthalte** (z.B. Indien, Afrika, Südamerika)

**Haben Sie bei folgenden Allergenen eine allergische Reaktion?**

<u>Allergen</u>	<u>Art der Reaktion</u>
Lebensmittel	_____
Blütenstaub/Pollen	_____
Staub	_____
Chemikalien	_____
Parfüm	_____
Medikamente	_____
Latex	_____
Pilze	_____
Tiere	_____
Insekten	_____
Rauch	_____
Impfungen	_____ Welche Impfungen?

Umweltsubstanzen (z.B. Sonnenstrahlung, Abgase usw.)

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein und seit wann? Genau bitte! Wichtig!

Name des Medikamentes Einnahme  
 seit \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Achtung: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen.**

Haben Sie jemals eine sehr schwerwiegende allergische Reaktion gehabt (z.B. Nesselsucht, geschwollene Kehle, schwere Atmung, anaphylaktischer Schock?)

Gegen was? \_\_\_\_\_

Art der Reaktion \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals eine schwerwiegende emotionale Reaktion wie z.B. ein Trauma oder einen Schock gehabt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie jemals eine der folgenden Belastungen gehabt?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutarmut           | <input type="checkbox"/> hohen Blutdruck                                 | <input type="checkbox"/> niedrigen Blutdruck       |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                                     | <input type="checkbox"/> Diabetes                  |
| <input type="checkbox"/> Hypoglykämie        | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion                        | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine        | <input type="checkbox"/> Leberkrankheit                                  | <input type="checkbox"/> Nierenkrankheit           |
| <input type="checkbox"/> Hernie/Leistenbruch | <input type="checkbox"/> Blutkrankheit                                   | <input type="checkbox"/> Osteoporose               |
| <input type="checkbox"/> Krebs               | <input type="checkbox"/> Amalgam-Füllungen<br>Entfernung?<br>Ausleitung? |  |

**Zahnärztliche Eingriffe** (Wurzelkanalbehandlungen, Zahnextraktionen, Entfernung von Weisheitszähnen oder Amalgamfüllungen, Amalgamausleitungen, Zahnspangen, Implantate, siehe hierzu auch das Zahnschema)

### Zahnkarte

**Schlüssel**

Gezogene Zähne	f
Zahnfüllungen	*
Kronen	k
Brücke	b
Wurzelfüllungen?	o
Zahnprothesen?	_____
	oben    unten
Zahnspangen?	_____
	oben    unten
Retainer oder Aufbißschiene?	_____
	oben    unten

## Allgemeine Verhaltensweisen

Rauchen nie\_\_\_ Exraucher\_\_\_ 1-10/Tag\_\_\_ 11-20/Tag\_\_\_ >30/Tag\_\_\_ Pfeife/Zigarre\_\_\_

Alkohol nie\_\_\_ selten\_\_\_ gelegentlich\_\_\_ regelmäßig\_\_\_ viel\_\_\_ das ist mein Problem\_\_\_

Drogen nie\_\_\_ selten\_\_\_ gelegentlich\_\_\_ regelmäßig\_\_\_ viel\_\_\_ das ist mein Problem\_\_\_

Sport nie\_\_\_ selten\_\_\_ gelegentlich\_\_\_ regelmäßig\_\_\_ viel\_\_\_

Welche

Sportart/en \_\_\_\_\_

## Arbeit

meine Arbeit empfinde ich als:

leicht \_\_ anstrengend \_\_ sehr anstrengend \_\_ extrem \_\_

angenehm \_\_ belastend \_\_ Mobbing \_\_

Ich arbeite \_\_\_\_\_ Std/Woche Ich mache \_\_\_\_\_ Wochen Urlaub/Jahr

## Entspannung

erreiche ich z.B. durch: TV, Gespräche, Lesen, Meditation, Yoga, Sport,  
sonstiges.....

## Familiär gehäufte Erkrankungen (Großeltern, Eltern, Geschwister)

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depression, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten,  
Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis,  
Zuckerkrankheit, Nierensteine, Gallensteine, Rheumatismus, Multiple Sklerose, usw.

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.**

## Bitte beachten Sie:

Wir behandeln im Sinne der Naturheilkunde, was bedeutet, eine

Erstverschlimmerung ist möglich.

Sie sind bei uns in Behandlung eines Heilpraktikers. Wir rechnen nach der

Gebühren-Verordnung für Heilpraktiker ab.

Für Erstattung der Kosten bei Ihrer Krankenkasse geben wir keine Gewähr.

Eine Behandlungseinheit dauert ca.45 Minuten. Die Bezahlung ist auch am

Behandlungstag möglich.

Wir freuen uns, Sie in Ihrer Gesundheit zu unterstützen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Unterschrift